

наблюдалась у 58% доношенных и 40% недоношенных детей после ЭКО. Общая заболеваемость новорожденных после ЭКО составила 342‰ и была выше таковой у детей, зачатых в естественном цикле (278‰). У новорожденных после ЭКО наиболее частой патологией являлась задержка внутриутробного развития (32,6%); синдром дыхательных расстройств (16,2%), патологическая гипербилирубинемия и постгипоксические состояния встречались чаще, чем у остальных детей. У одного ребенка выявлен врожденный порок развития.

Таким образом, особенностями течения беременности и родов после ЭКО следует считать:

1. Возраст большинства женщин составляет 31–35 лет.
2. Многоплодие после ЭКО наблюдается у 41%.
3. Осложненное течение беременности встречается в 94,2%, наиболее часто – угроза прерывания беременности (82,1%).
4. Преждевременные роды возникают у 16,6 % женщин.

Способом родоразрешения у 95% пациенток является операция кесарева сечения. Плановое кесарево сечение преобладает над экстренным.

Как следствие, состояние здоровья новорожденных после ЭКО отличается от общепопуляционных показателей: недоношенность – 24,5%; маловесность (менее 1,5 кг) – 6,2%; легкая асфиксия при рождении – 4,3%; общая заболеваемость, обусловленная в основном задержкой внутриутробного развития, а также синдромом дыхательных расстройств, постгипоксическими состояниями, патологической гипербилирубинемией, врожденными пороками развития, более чем в 2 раза превышает общую заболеваемость детей, зачатых в естественном цикле.

Выводы: в большинстве случаев процедура ЭКО выполнялась по причине первичного бесплодия, возраст рожениц превышал 31 год. Беременность после ЭКО чаще бывает многоплодной, протекает с угрозой прерывания, чаще заканчивается преждевременными родами. У новорожденных после ЭКО выше заболеваемость. В результате ЭКО рождается больше девочек.

## **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ КАТАРАКТОЙ**

***М. И. Ковтун***

*КУОЗ «Харьковская городская клиническая больница №14  
им. проф. Л.Л.Гиришмана», Украина*

По данным Всемирной организации здравоохранения в мире 45 миллионов слепых и 135 миллионов слабовидящих, причем без неотложных мер по борьбе со слепотой, число слепых к 2020 году удвоится [3,4]. У 20 миллионов человек слепота обусловлена помутнением хрусталика, однако только около 10 миллионов больных получают своевременное хирургическое лечение и, в основном, это обеспеченные слои населения.

Катаракта является одним из наиболее распространенных заболеваний лиц пожилого и старческого возраста, поскольку развивается у 60-90% людей старше 60 лет [1-3]. Количество больных катарактой в мире постоянно увеличивается, что обусловлено старением населения, приводящим к увеличению численности лиц старше 60 лет, особенно в рамках возрастной группы от 80 лет [5,6]. Несмотря на увеличение объемов выполнения операций экстракции катаракты в мире [7,8], эта патология по-прежнему занимает доминирующее место в мировой структуре слепоты и слабовидения.

Современная стратегия реформы здравоохранения Украины охватывает шесть основных направлений: предоставление медицинских услуг, финансирование отрасли, управление отраслью, человеческие ресурсы, информатизация отрасли, а также использование новых технологий, товаров и лекарств. Особую актуальность в современных условиях имеет совершенствование специализированных видов медицинской помощи, являющихся наиболее затратной частью системы здравоохранения, причем не только для государства, но и для больных. Оптимальная модель организации медицинской помощи населению должна быть социальной, ориентированной, прежде всего, на больного.

Офтальмологическая помощь больным катарактой является высокотехнологичной, требует современного материально-технического обеспечения и значительных финансовых вложений. При современной социально-экономической ситуации в стране рост количества больных катарактой является результатом не только старения населения, но и следствием отсутствия у большинства нуждающихся финансовых возможностей для лечения.

Целью работы является медико-социальная характеристика больных катарактой.

Объект и методы исследования. Для реализации поставленной цели была разработана специальная анкета, содержащая три блока вопросов. Первый блок - касался социального статуса пациентов, их семейного и материально-финансового положения. Второй блок вопросов позволил выяснить роль факторов риска в развитии катаракты. Третий блок содержал вопросы медицинского характера, касающиеся соматической заболеваемости пациентов, их глазного статуса, типа катаракты и сроков обращения за офтальмологической помощью.

С использованием разработанной анкеты было проанкетировано 782 пациента с катарактой, из которых 261 (33,4%) мужского пола и 521 (66,6 %) – женского. Можно отметить, что наиболее многочисленными были возрастные группы от 61 до 90 лет (83,8% от всех пациентов), причем самая большая по объему группа пациентов находилась в возрастном интервале от 71 до 80 лет (44,9% от всех пациентов). Полученные результаты согласуются с современными представлениями о катаракте, как о заболевании пожилого и старческого возраста.

Результаты и их обсуждение. Обработка результатов анкетирования больных с катарактой позволила установить, что 80% опрошенных (627

человек) являлись жителями города и только 20% (155 человек) – сельскими жителями. Эта ситуация объясняется не более низкой заболеваемостью катарактой жителей села, а тем, что анкетирование проводилось в городской больнице. Разделение пациентов в профессиональные группы было следующим: 43% опрошенных были рабочими, 49% - служащими и только 8% - колхозниками.

Супруга имели 54% опрошенных, у остальных 46% - супругов не было. У 89% опрошенных были дети, у 11% - их не было. Проживало в семье 63,6% опрошенных, 36,4% - проживали самостоятельно. Маленькие дети в семье были у 12% опрошенных, у такого же количества пациентов в семье были тяжелобольные. Полученные в этом блоке анкеты результаты указывают на то, что почти половина пациентов не имеют супругов, но проживают в семьях с детьми, что позволяет им рассчитывать на помощь окружающих при снижении или потере зрения. Только небольшой процент пациентов имеет в семьях маленьких детей или тяжелобольных, что также указывает на возможность получения максимальной поддержки от родственников, поскольку они не заняты уходом за другими членами семьи.

На момент опроса хорошее материальное положение было только у 15% пациентов, удовлетворительное – у 70%, неудовлетворительным его считали 15% опрошенных. Анкетирование больных катарактой было проведено в течение 2013 - 2014 годов. В 2015 году, в связи с ухудшением социально-экономического положения в стране, эти результаты могут стать также хуже, что необходимо учитывать при разработке системы оказания помощи больным катарактой.

Второй блок анкеты касался факторов риска развития катаракты. Так, на семейную предрасположенность к катаракте указали 22% опрошенных, у остальных - в семье катаракты не было. Проживание в экологически опасной зоне отметили 8,4% опрошенных, остальные считают, что проживают в благоприятных экологических условиях. Только 14% опрошенных подтверждают длительное пребывание на солнце, а наличие у себя ультрафиолетового облучения отметили 5,4%. Других экологически неблагоприятных воздействий не отметил ни один опрошенный. Таким образом, на основании ответов на вопросы второго блока можно утверждать, что выделенные факторы не являются причиной возникновения катаракты у большинства опрошенных пациентов.

В третьем блоке анкеты представлены вопросы, касающиеся медицинской составляющей характеристики больных катарактой. Анализ анкет показал, что травмы (контузии) глаз встречались у 5,6% больных, высокая близорукость - у 12,8%, глаукома – у 17,8%, увеит – у 0,8% больных, заболевания сетчатки – у 9%, заболевания зрительного нерва – у 2,8% опрошенных. Таким образом, наиболее частой сопутствующей катаракте глазной патологией являются высокая близорукость и глаукома. Оба эти заболевания осложняют хирургическое лечение катаракты и могут приводить к развитию интраоперационных и послеоперационных осложнений.

Оценка соматической сопутствующей заболеваемости показала, что наиболее часто у пациентов встречались гипертоническая болезнь (56,7%), ишемическая болезнь сердца (44,6%) и заболевания суставов (36,7%). Гипертоническая болезнь и ИБС, в определенной степени, могут провоцировать появление катаракты или усугублять ее течение, поскольку их наличие нарушает нормальное течение обменных процессов в организме.

Лечение заболеваний суставов в большинстве случаев проводят с использованием **глюкокортикостероидных препаратов**. Эти препараты обладают мощным противовоспалительным действием, однако при приеме внутрь, особенно в течение длительного времени, могут способствовать развитию серьезных осложнений, среди которых и катаракта.

Можно отметить, что курение и систематическое употребление алкоголя выявлено в небольшом проценте случаев, что не позволяет думать о токсической природе катаракты.

По виду катаракты проанкетированные больные распределились следующим образом: возрастная катаракта (старческая, сенильная) составила 93,9% от количества больных; осложненная катаракта – 2,2%; травматическая – 1,8%, лучевая и токсическая, а также врожденная – по 0,26%; катаракта, вызванная общими заболеваниями – 1,4%.

По срокам обращения за медицинской помощью после постановки диагноза пациенты распределились следующим образом: в течение месяца в стационар поступило 15,4% больных; в течение 6-ти месяцев – 20,8%; от 6-ти месяцев до года – 20% больных; от года до трех лет – 26%; от трех до пяти лет – 8,6% больных и свыше пяти лет – 9,3% больных. То-есть в течение первого года с момента постановки диагноза катаракта получили хирургическое лечение 56,2% больных. Достаточно большой процент больных, которые продолжали жить с катарактой более года с момента постановки диагноза, связан с несколькими причинами. Прежде всего, люди не имели достаточной информации о последствиях такой задержки, что является упущением в работе поликлинических специалистов и отсутствием у больных доступа к современным источникам информации о катаракте. Вторым фактором является отсутствие финансовых возможностей для хирургического лечения, поскольку стоимость операции даже в государственной больнице очень большая для пенсионера. Первый блок анкеты показал, что основной контингент больных – люди глубоко пенсионного возраста, причем среди них 36,4% проживают одни. В этой ситуации больным приходится рассчитывать на помощь родственников или длительно собирать деньги на операцию. В современных условиях необходимо выработать такую систему оказания специализированной помощи больным катарактой, при которой малоимущие слои населения смогли бы ее получать.

Таким образом, проведенные исследования позволяют охарактеризовать медико-социальный статус больного катарактой следующим образом: типичный больной катарактой – это пациент, находящийся в возрастной группе старше 60 лет (чаще старше 70 лет),



имеющий детей и проживающий в семье. Материальное положение его среднее или хуже среднего, поэтому отсроченное обращение за хирургической помощью обусловлено, в большинстве случаев, отсутствием денег на операцию. Среди сопутствующей глазной патологии наиболее часто встречается глаукома и высокая близорукость, а среди соматической заболеваемости – гипертоническая болезнь, ИБС и заболевания суставов. Практически во всех случаях катаракта у пациента старческая.

Полученные результаты необходимо учитывать при разработке системы оказания помощи больным катарактой в рамках реформы здравоохранения Украины.

#### Литература

- 1) Веселовская З.Ф. Катаракта /З.Ф. Веселовская, М. И. Блюменталь, Н.Ф. Боброва. - Киев: Книга плюс, 2002.- 208 с.
- 2) Ковтун М.И. Результаты оценки сопутствующей заболеваемости больных катарактой /М.И.Ковтун //Вестник проблем биологии и медицины. -2012. –Вып.4, том 1(96). –С.120-124.
- 3) Корсакова Н.В. Современные аспекты патогенеза возрастной катаракты человека (обзор литературы)/ Корсакова Н.В., Паштаев Н.П., Сергеева В.Е., Поздеева Н.А.// Офтальмохирургия. – 2012. - №2. – С.82-85.
- 4) Резников С. А. Профилактика слепоты в мире: проблемы и подходы. //Материалы Российского межрегионального симпозиума: Ликвидация устранимой слепоты: всемирная инициатива ВОЗ: Уфа, 2003. -С. 11-19.
- 5) Сафарова Г.Л. Основные демографические процессы и возрастная структура населения России и Украины /Г.Л. Сафарова, С. І. Пирожков С. І. Вибрані наукові праці: У 2т. – Т. 1. Демографічний і трудовий потенціал. – К.: Київ. нац. торг. екон. ун-т, 2008. – С. 811 – 847.
- 6) Сафарова Г.Л. Старение населения России и Украины: взгляд в будущее / Г.Л. Сафарова, С.І. Пирожков // Успехи геронтологии.-2007.- Вып.2.- С. 24-32.
- 7) Foster A. Cataract and "Vision 2020 the right to sight" initiative /A. Foster // Br. J. Ophthalmol.- 2001.-N. 85.-P. 635-637.
- 8) Taylor H.R. Cataract: how much surgery do we have to do? /H.R. Taylor // Br. J. Ophthalmol. 2000. - N. 84 - P. 1-2.

## АНАЛИЗ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

**А. В. Копыток**

*ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинской экспертизы и реабилитации», Беларусь*

Детская инвалидность является наиболее важным индикатором здоровья населения, определяющим качество его жизни, интегрируя и характеризуя уровень развития всех сфер жизнедеятельности общества. По данным экспертов ВОЗ, количество детей в возрасте до 16 лет с ограничением жизненных и социальных функций составляет более 120 млн. чел, или около 10% населения земного шара.

Республике Беларусь по данным Министерства труда и социальной защиты на 01.01.2016 г. насчитывалось 28 845 детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, что составило 1,6% всего детского населения. По сравнению с 2006 годом (28 895 чел.) абсолютное число детей-инвалидов практически не